

E.A. Jacobsen svarer:

Jeg takker for respons på min artikkel. Hjerneslag rammer mange, men pasientene prioriteres ikke tilsvarende. Det trengs et løft dersom europeiske og amerikanske retningslinjer skal implementeres her i landet. Nevrointervensjon utgjør etter min mening et viktig supplement i behandlingsporteføljen. Vi mangler kunnskap om hvor ofte intracerebral aterosklerose forårsaker hjerneslag i Norge. Tilgjengelighet og økende bruk av CT-angiografi og MR-angiografi har gjort at vi ser intracerebral aterosklerose relativt ofte.

Jeg er helt enig at kliniske studier er nødvendig og ønskelig, men uenig i at man skal vente med å innføre behandling når det foreligger dokumentert effekt fra fase 2-studier. Ifølge nettstedet *www.clinical-trials.gov* er det for øyeblikket kun én klinisk studie på intervensjon ved akutt hjerne- slag som er relevant for denne diskusjonen. Det er Interventional Management of Stroke (IMS) III trial, der man sammen- likner intraarteriell trombolytisk behandling i kombinasjon med intravenøs trombolytisk behandling og intravenøs trombolytisk behandling alene gitt innen tre timer etter slaget. Studien er forventet ferdig i 2012, og det skal da være 900 pasienter i alderen 18–80 år inkludert. Ifølge samme nettsted er det i tillegg planlagt oppstart i 2008 av undersøkelsen Stenting versus aggressive medical management for preventive recurrence of stroke in intracranial stenosis. Man håper at studien skal være ferdig i 2013. Den skal omfatte begge kjønn i aldersgruppen 40–80 år.

Dette illustrerer at det ikke foregår vesentlige kliniske studier per i dag. Pasienter man møter i daglig klinisk praksis er også som regel forskjellige fra dem som inkluderes i studier. Ofte appliseres resul- tater fra randomiserte kliniske studier på pasienter som ville vært ekskludert fra stu- dier på grunn av alder eller komorbiditet. For behandling av akutt/subakutt hjerne- slag, og i fravær av tilgjengelige kliniske studier, må vi benytte behandlingsretnings- linjer fra store, anerkjente slagsentre. Riks- hospitalet anvender retningslinjer utarbeidet ved slike etablerte sentre. Vitenskapelig dokumentasjon fra daglig klinisk praksis med et uselektert pasientmateriale er av stor

verdi for å kunne si noe om nytten av en ny metode. Siden mars 2007 har vi behandlet 15 pasienter med subakutt hjerneslag (PTA og/eller stent for intracerebral ateroskle- rose) og 16 pasienter med akutt hjerneslag med trombektomi og intraarteriell trombo- lytisk behandling. Vi er i ferd med å opp- rette en database der alle behandlede og vurderte pasienter skal inngå, med oppføl- gingsrutiner, for at vi senere skal kunne publisere resultatene. Med dette oppfyller vi kravene til vitenskapelig fremgangsmåte, samtidig som norske pasienter får tilgang til ny og viktig behandling.

Eva A. Jacobsen
Rikshospitalet

Diskriminerende aldersgrense for leger

Den gjeldende aldersgrense på 75 år for leger har gitt seg flere meningsløse utslag. Man har uten nærmere begrunnelse fastsatt 75 års alder som stopp for evnen til å kunne utøve forsvarlig legegjerning. Det kan etter søknad gis begrenset rett til innskrenket virksomhet, avhengig av en bekreftet praksis på et visst antall ukentlige timer, men med inndragning av visse forskriv- ningsrettigheter og retten til å sykmelde etc. Det har ikke vært vist til noen dokumenta- sjon om misbruk av disse nevnte rettigheter hos eldre. Loven om tap av lisens og de strenge forskriftene er gitt for eldre leger uansett egnethet og arbeidsevne. Det kan synes merkelig at man kan beholde «retten» til å skrive fagartikler/-bøker og til å drive konsulentvirksomhet, men ikke retten til å gi råd om individuell pasientbehandling. En stor gruppe av våre kolleger med stor erfaring og bibeholdt kompetanse er blitt satt utenfor ene og alene fordi de har passert en vilkårlig aldersgrense, satt til 75 år av et helsebyråkrati.

Man bruker uttrykket at «autorisasjonen er inndratt». I realiteten er autorisasjon som lege noe man får ved å avlegge embets- eksamen i medisin. Man beholder sin auto- risasjon og sin tittel som lege hele livet. Derimot kan lisensen (licentia practicandi) inndras ved lovbrudd, mental reduksjon

eller psykiske lidelser, men det gjelder jo selvsagt alle aldersgrupper.

Diskriminering på grunn av alder er erklært å være i strid med menneskerettig- hetene. Det er vanskelig å forstå hvordan vi i Norge kan holde fast på en slik diskrimi- nerende bestemmelse, en bestemmelse som vi praktisk talt er alene om i verden. Det er rimelig at man etter å ha oppnådd en viss alder må kunne dokumentere tilstrekkelig god psykisk og fysisk helse til å kunne utøve legegjerningen, men denne avgjø- relsen skal ikke treffes av et byråkratisk kontor, det skal gjøres av kompetente leger. Begrenset lisens kan være en god løsning både for angjeldende lege selv og for sam- funnet, som faktisk mangler erfarne leger. Vi vil også tro at de aller fleste av våre eldre kolleger selv vil være i stand til å vurdere når man bør legge inn årene.

Våre kolleger, særlig de yngre, for hvem høy alder er noe fjernt noe, har gått altfor stille i dørene når det gjelder de urimelig- heter som denne lovregelen innebærer. Derfor er det å håpe at opplysninger fra vårt fagmiljø om dette kan føre til videre pro- tester mot denne diskrimineringen. Det er også på andre måter klokt å forberede sin egen alderdom. Mange mister i grunnen sin «identitet» den dagen den hvite frakken henges opp og kontordøren lukkes for siste gang, sannsynligvis særlig etter at man i tillegg er blitt fratatt sin lisens.

Egill Hansen
Jan A. Pahle
Eiksmarka

■ RETTELSE

Flukten fra Heidelberg

Hans B. Nustad

Tidsskr Nor Legeforen 2008, 128: 728–9.

Første setning i tredje avsnitt i første spalte på side 728 skal være: Sent på kvelden 3. mars 1945 dukket 12 norske studentfanger plutselig opp, direktensend fra Buchenwald.